سقائیان، اعظم السادات؛ بهمنی، بهمن؛ اسکندری، مهدی؛ عسگری، علی (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۱۵-۵.

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار

اعظم السادات سقائیان[۱]، بهمن بهمنی[۲]، مهدی اسکندری[۳]، علی عسگری[۴]

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۳۱

چکیده

هدف: *بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با استفاده از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش- پس آزمون و گروه گواه انجام گردید.*

روش: *برای اجرای این پژوهش ۳۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان ورامین را با استفاده از اصل نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای واقعیت درمانی گروهی بر مبنای الگوی گلاسر(۱۹۶۵) شرکت کرده و گروه شاهد به عنوان فهرست انتظار، در طی مدت مذکور هیچگونه مداخله رسمی که بر بهزیستی روانشناختی اثر داشته باشد را دریافت نکردند. به منظور سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف(۱۹۸۹) استفاده گردید. داده با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کوواریانس پردازش شد.*

یافته ها: *نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در میانگین دو گروه به نفع گروه آزمایشی بود ($P>0.01$). بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تاثیر مثبت گذاشته است.*

واژه های کلیدی: *واقعیت درمانی گروهی، بهزیستی روانشناختی، زنان سرپرست خانوار*

---

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

۲. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

۳.دانشجوی دکتری مشاوره، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران (نویسنده مسئول) meh.eskandari@gmail.com

۴. استادیار دانشگاه خوارزمی تهران.

مقدمه

مشکلات جدید در جوامع امروزی همانند وقوع طلاق در سالهای اول زندگی، اعتیاد، زندانی شدن به همراه عوامل ســنتی نظیر مرگ و برخی بیماریهای زمین گیر کننده شــرایطی را برای تعداد زیادی از خانواده ها پیش آورده که در آن ســرپرســتی خانواده بر عهده ی یک نفر از والدین(اکثراً زنان) قرار گیرد. پدیده خانوارهای زن سرپرست در تمام دنیا رو به فزونی است. اغلب این خانوارها دارای مشکلات عدیده ای هستند، به گونه ای که اخیرا فزونی زنان سرپرست خانوار به صورت معضلی اجتماعی مطرح می شود (Shafiabadi & Ghashghayi,2011).

زنانی که سرپرستی خانواده را به عهده می گیرند به عنوان کسانی که بدون حضور و حمایت منظم یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند، شناخته می شوند (Khosravi,2001). براساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، تعداد خانواده های زن سرپرست بیش از یک میلیون و۶۴۱ هزار خانواده است (Saberi,2010). در ایران حدود ۸۳ درصد از زنان سرپرست خانواده به دلیل فوت همسر، ۷ درصد به دلیل طلاق وجدایی و ۵ درصد به دلیل ازکار افتادگی مرد سرپرستی خانواده را به عهده گرفته اند. اما آمار سازمان بهزیستی از زنانی که به علت از کار افتادگی همسر مسئولیت خانواده را برعهده گرفته اند، نشان می دهد که این گروه ۱۹٪ از از کل جامعه‌ی زنان سرپرست خانواده‌ی عضو سازمان بهزیستی را تشکیل می دهند (Frozan,2000). این آمار متناقض نشان می دهد که بسیاری از زنانی که به دلایلی غیر از کارافتادگی همسر سرپرست خانواده شده اند از حمایت های مالی و اجتماعی رسمی و کافی برخوردار نمی باشند. همچنین آمارهای دیگر نشان می دهند که حدود دوسوم از زنان سرپرست خانواده به تنهایی(یعنی بدون فرد شاغل در خانواده) تأمین معاش را برعهده دارند که با توجه به محدودیت فرصت‌های شغلی مناسب برای زنان در مقایسه با مردان، دارای درآمد کمتر بوده و عمدتاً در مشاغل پاره‌وقت مشغول به کار هستند (Khosravi,1999). از این رو زنان سرپرست خانواده از جمله گروههای آسیب پذیر اجتماعی هستند که با مشکلات و موانع زیادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خویش مواجهند.

این گروه از زنان علاوه بر ایفای نقشهای متعددی همچون اداره امور مربوط به کارهای خانه، مراقبتهای جسمی و هیجانی از اعضای خانواده و تامین معاش خانواده را نیز بر عهده دارند. این امر موجب می شود استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه کنند. مسئله ایفای چند نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می شود زمانی که می کوشند به شغل خود به اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت دهند، دچار تعارض نقش شوند. که همین امر منجر به ایجاد استرس و اضطراب در آنان می گردد (Bakhtiyari & Mohebi,2006).

تحقیقات لی (Lee,1995) نیز نشان داد بود که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان دچار مشکلات روانشناختی بیشتری هستند. آنها علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی- اجتماعی، همچون نگرش منفی نسبت به زنان بیوه و مطلقه روبرو هستند (Bakhtiyari & Mohebi,2006).

پذیرش نقش های چندگانه همانند نقش تامین کنندگی معاش، نگهداری و تربیت فرزندان، نقش مادر و پدری بطور همزمان، آنها را در معرض آسیب های مختلف اجتماعی و روانشناختی قرار می دهد که این آسیب ها بی تاثیر در بهزیستی روانشناختی آنها نیست (Mohammadi,2007). تعارضات خانوادگی، فقدان شغل و در آمد کافی، کمبود تجربه، فقدان همدم واحساس تنهایی به معنای طرد شدگی، عدم امنیت، فقدان حمایتهای عاطفی، فقدان در آمد و نداشتن شریک زندگی و ضعف موقعیت اجتماعی از دیگر مشکلات زنان سرپرست خانواده است که رابطه ی مستقیمی با سطح بهزیستی روانشناختی آنان دارد (Khosravi,2008).

در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی در حوزه ی مطالعات سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته و به جای تعریف سلامتی به عنوان عدم وجود بیماری، از معیار جدیدی بنام «بهزیستی روانشناختی»[1] صحبت به میان آمده است (Ryff & Singer,2004). بر طبق این رویکرد، عدم وجود نشانه های اختلالات روانشناختی، به عنوان تنها شاخص سلامتی کنار گذاشته شده و ویژگی هایی مثبتی چون سازگاری، شادمانی و اعتماد به نفس نیز در نظر گرفته شدند. بنابراین سلامت روان معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی می شود. از این رو داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان و انرژی و خلق مثبت در کنار عدم وجود نشانگان بیماری روانشناختی، جزو ویژگی هایی بودند که ملاک بهزیستی روانشناختی تلقی شدند (Ryff & Singer,1998;2004)

ریف (Ryff,1995) بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه‌ی واقعی فرد می داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی های فردی متجلی می شود.

بهزیستی روانشناختی وابسته به شرایط و عوامل گوناگون، تغییر می کند. تحقیقات بسیاری بر تأثیر متغیر هایی چون سن، جنس یا وضعیت اقتصادی، اجتماعی در بهزیستی روانشناختی تایید کرده اند (Shokri & etal,2008). برخی از تحقیقات نیز تأثیر تجارب زندگی (چون ازدواج، بچه‌دار شدن، طلاق، فوت همسر و ...) (Kordtmini,2005) و یا مواجهه با مسائلی چون داشتن والدین الکلیک، داشتن بچه‌ی

1 . Psychological Well-being

عقب مانده‌ی ذهنی (Comic & etal,1983; Alizadeh,2002) و یا پرستاری از همسر یا والدین بیمار (Ryff & Singer,2002) را مورد مطالعه قرار داده و بر نقش آنها اذعان داشته اند.

بر اساس دیدگاه واقعیت درمانی افرادی که دارای هویتی ناموفق هستند از احساس تنهایی و بی‌ارزشی رنج می برند. آنها واقعیت را انکار می کنند و دچار ناخشنودی از زندگی، اضطراب، افسردگی و عدم احساس مسئولیت می شوند. آنها نه برای خود و نه برای دیگران ارزش قائل نیستند (Shafiabadi&Naseri,2009). این افراد در برقراری رابطه صمیمی با دیگران ناتوان هستند و چون نمی توانند نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن را ارضا کنند، دچار درد روانی می شوند (Corey,1990). به نظر می رسد با توجه به مشکلات یاد شده، هنگامی که این زنان تحت فشار، دارای هویت موفق و منسجمی نبا شند و نتوانند از عهده مسئولیت سرپر ستی خانواده به شکل منا سب برآیند علاوه بر صدماتی که خود خواهند خورد، اعضای خانواده آنها نیز آسیب می بینند. این افراد با داشتن هویت منسجم و موفق، بهتر درک می کنند که از وجود خود چه می خواهند بسازند و با احساس مسئولیت بیشتر به اداره امور خانواده خواهند پرداخت و با غلبه بر موانع، زندگی سالم تر و موفق تری برای خود و اعضای خانواده خواهند ساخت.

با توجه به تطابقی که بین مبانی واقعیت درمانی با عوامل موثر بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار وجود دارد و با توجه مساله فقر، آسیبهای روانشناختی و تهدیدات اجتماعی پیش روی این قشر از جامعه و نیاز آنان بر وجود اقدامات موثر جهت تدوین برنامه های عملی به منظور بهداشت و سلامت روانی و غلبه بر مشکلات فوق؛ در پژوهش حاضر به بررسی فرضیه «اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده » پرداخته شده است.

روش

طرح فوق یک پژوهش کاربردی از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش- پس آزمون و گروه گواه بوده است. جامعه آماری را زنان سرپرست خانوار و جمعیت آماری زنان سرپرست خانوار اداره بهزیستی شهرستان ورامین بوده اند که با استفاده از روش نمونه گیری در درسترس و مبتنی بر هدف مورد انتخاب قرار گرفتند. ۳۰ نفر از آنان که به عنوان معیار مشمول حداقل دارای مدرک دیپلم پنجم ابتدایی بودند، بین ۲۵ تا ۵۰ سال سن داشته، حداقل دارای یک فرزند بودند، از نظر حواس بینایی، شنوایی و گویایی دچار معلولیت جدی نبودند و زمان اجرای پژوهش دچار بیماری روانپزشکی جدی که نیاز به بستری شدن یا دارو درمانی نداشته و برای شرکت در برنامه اعلام آمادگی کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

به منظور اندازه گیری متغیر وابسته این پژوهش از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف[1] (RSPWB) استفاده شد.

ریف (Ryff,1995) عوامل موثر بهزیستی روانشناختی را ۶طبقه تعیین کرده و آنها را به عنوان زیر مقیاس های آزمون بهزیستی روانشناختی قرار داده است. آزمون مذکور ۸۴گزاره (برای هر زیر مقیاس ۱۴ سوال)دارد که به شیوه لیکرت در یک دامنه ۶ درجه ای (از کاملاَ موافق تا کاملاَ مخالف)،پاسخ آزمودنی ها در مورد اینکه تا چه حد با محتوای هر گزاره موافق هستند را ثبت می کند. این شش طبقه با عنوان پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت در مورد خود)،تسلط محیطی (تحت کنترل داشتن جهان پیرامون)،روابط مثبت با دیگران (وجود علاقه وپیوندهای بین شخصی با کیفیت بالا،ظرفیت همدردی،صمیمیت و داشتن عاطفه قوی)، هدف در زندگی (توانایی پیدا کردن معنا وجهت در زندگی) ،رشد فردی (رشد و بالندگی مداوم ، استقبال از تجارب جدید ،احساس تحول و پیشرفت در خود و رفتار در گذر زمان) ،و خود مختاری (زندگی و عمل کردن بر اساس معیارها وعقاید خویش) نام گذاری شده‌اند (Ryff& Singer,1996).

برای به دست آوردن نمره هرمقیاس کافی است نمره همه عبارات مربوط به مقیاس مورد نظر با هم جمع شوند،از جمع امتیاز ۸۴ عبارت نیز نمره بهزیستی روانشناختی کلی به دست می آید.

Ryff (1995) ضریب همسانی زیر مقیاسها ی این پرسشنامه را بدین شرح گزارش کرده است:

خود مختاری=۰/۷۶ ،تسلط بر محیط = ۰/۹۰ ، رشد فردی = ۰/۸۷ ، ارتباط مثبت با دیگران = ۰/۹۱ ، زندگی هدفمند = ۰/۹۰ و پذیرش خود=۰/۹۳ .پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیر مقیاسها نیز در یک گروه نمونه ۱۱۷ نفری و در فاصله ۶ هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است . بیانی و همکاران (Bayani & etal,2008) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۲گزارش کرده اند.

پس از معرفی و توضیح نحوه اجرای برنامه، افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا و گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای واقعیت درمانی شرکت کردند، در حالیکه گروه گواه در این مدت از هیچ برنامه مداخله رسمی که بتواند بر بهزیستی روانشناختی موثر باشد استفاده نکردند؛ همچنین برای از بین بردن اثر دارونما، برای گروه گواه نیز جلساتی برای بحث و گفتگو اما بدون هیچگونه رویکرد روانشناختی مورد اجرا قرار گرفت. در پایان هر دو گروه مجددا در پس آزمون شرکت و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 به منظور محاسبه شاخص های توصیفی و نیز تحلیل کوواریانس پردازش شدند.

1. Ryff Scale for Psychological Well-Being

خلاصه گام های درمانی

گام اول : آشنایی اعضای گروه و مشاور با یکدیگر و ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و مشاور. گام دوم : کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی. گام سوم: بررسی اهداف افراد در زندگی و تعیین میزان هدفمند بودن آنها. گام چهارم: بررسی نگرش و تعریف اعضا از مولفه های بهزیستی روانشناختی. گام پنجم: ارتقای تفکر مسئولیت پذیری در افراد. گام ششم: بررسی روابط اعضای گروه با دوستان و اعضای خانواده برای برقراری رابطه موثر و مثبت با دیگران. گام هفتم: بررسی تلاش های اعضا برای رسیدن به رشد فکری و پذیرش خود. گام هشتم: لزوم برنامه ریزی جهت انجام بهتر کارها و استفاده بهینه از وقت برای رسیدن به اهداف فردی. گام نهم: بررسی و تاکید مجدد برای قبول مسئولیت کارها و اهداف توسط افراد. گام دهم: بررسی روند رشدی فرد در جلسات گروهی.

یافته ها

برای بررسی وضعیت آزمودنیهای دو گروه پژوهشی در مرحله پیش آزمون و همگون بودن آنها از تحلیل واریانس استفاده شده و نتایج زیر بدست آمد:

جدول ۱-مشخصه های آماری متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاسهای آن در پیش آزمون به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر ها		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روانشناختی		۳۲۵/۸۶	۴۵	۳۴۱/۶۰	۴۱
زیر مقیاس ها	پذیرش خود	۴۶/۸۶	۱۰/۵۵	۵۱/۰۶	۹/۷۵
	روابط مثبت با دیگران	۵۷	۸/۶۶	۵۷/۴۰	۹/۳۳
	خود مختاری	۵۱/۹۳	۸	۵۳/۹۳	۶/۴۴
	تسلط بر محیط	۵۶/۱۳	۸/۹۶	۵۸/۰۶	۱۰/۷۲
	زندگی هدفمند	۵۸/۱۳	۱۱/۸۹	۶۰/۱۳	۸/۲۱
	رشد فردی	۵۵/۸۰	۱۱/۱۴	۶۱	۶/۶۶

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین گروههای مورد مطالعه در بهزیستی روانشناختی تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. میانگین وانحراف استاندارد گروه آزمایش به ترتیب ۳۲۵/۸۶ و ۴۵ و میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل به ترتیب ۳۴۱/۶۰ و ۴۱ می باشد.همچنین در خصوص خرده مقیاس ها نیز تفاوت چندانی در میانگین و انحراف استانداردها مشاهده نمی شود.جدول ۲ مشخصه های آمار

توصیفی متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاس های آن در پس آزمون به تفکیک گروههای پژوهش نشان می دهد.

جدول ۲- مشخصه های آماری متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاسهای آن در پس آزمون به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر ها		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روانشناختی		۴۱۷/۹۳	۲۲/۶۰	۳۳۷/۰۶۰	۳۹/۹۲
زیر مقیاس ها	پذیرش خود	۶۴/۸۶	۴/۴۵	۵۱/۲۶	۹/۹۸
	روابط مثبت با دیگران	۶۹/۸۶	۵/۷۸	۵۷/۲۰	۸/۷۴
	خود مختاری	۶۱/۸۶	۵/۱۵	۵۳/۴۶	۶/۳۳
	تسلط بر محیط	۷۵/۰۶	۵/۷۰	۵۶/۴۰	۱۱/۲۶
	زندگی هدفمند	۷۳/۲۶	۶/۱۸	۵۹/۰۶	۹/۰۳
	رشد فردی	۷۳	۳/۹۲	۵۹/۶۶	۷/۳۱

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین گروه آزمایش(۴۱۷/۹۳) در متغیر بهزیستی روانشناختی نسبت به میانگین گروه کنترل(۳۳۷/۰۶) بیشتر می باشد. این امر در تمامی زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی نیز مشهود است. با این وجود برای اطمینان از معنادار بودن تفاوت ها و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیری که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شود استفاده می کنیم.

جدول ۳-خلاصه آزمون F چند متغیری و آزمون برابری واریانس های لوین برای میانگین های پس آزمون

متغیرها		F چند متغیری	F لوین	P
بهزیستی روانشناختی		۱۹۷/۵۸**	۰/۴۷	۰/۴۹
زیر مقیاس ها	پذیرش خود	۴۹/۰۲**	۲/۱۴	۰/۱۵
	روابط مثبت با دیگران	۹۷/۳۵**	۵/۱۲	۰/۰۳۲
	خود مختاری	۸۹/۳۸**	۰/۲۴	۰/۶۲
	تسلط بر محیط	۱۰۱/۵۱**	۰/۳۰	۰/۵۸
	زندگی هدفمند	۶۴/۱۰**	۰/۰۹	۰/۷۵
	رشد فردی	۸۹/۰۸**	۲/۱۲	۰/۱۵

توجه: F چند متغیری ویلکز برای اثر گروه =۳۶/۱۵ (P<0/01)

چنانکه در جدول۳ مشاهده می شود F چند متغیری مربوط به اثرهای پیش آزمون در متغیر اصلی و تمامی زیر مقیاس ها و نیز F چند متغیری مربوط به اثر گروه از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می توان

نتیجه گرفت مدل چند متغیری تحلیل کوواریانس پژوهش حاضر معنادار و بیانگر آن است که تغییرات ایجاد شده در گروهها می تواند در اثر مداخله ی ایجاد شده باشد. از این رو می توان نتیجه گرفت که روش مداخله در تغییر میزان بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته تاثیر گذاشته است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف دست یابی به پاسخ این سوال که آیا شیوه ی مداخلهٔ موسوم به «واقعیت درمانی گروهی» می تواند بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی تاثیر مثبت داشته باشد، طراحی و اجرا شد. یافته های این پژوهش فرض اصلی فوق را تایید کرد.

از آنجایی که آزمودنی های این تحقیق از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره ی بهزیستی شهرستان ورامین و پس از لحاظ معیارهای انتخاب اعضای گروه نمونه از لحاظ بهزیستی روانشناختی در سطح پایین تر از متوسط جامعه قرار داشتند، انتخاب شده و با استفاده از شیوه ی گمارش تصادفی به گروههای کنترل و آزمایش تقسیم شده بودند، انتظار می رفت که میانگین دو گروه در متغیر بهزیستی روانشناختی و زیر مقیاس های آن با هم برابر باشند. انتظار همسانی گروههای تحقیق از لحاظ متغیر مورد مطالعه و زیر مقیاس های آن در پیش آزمون با استفاده از یافته های حاصل از تحلیل واریانس یکراهه مورد تایید قرار گرفت. از این رو با توجه به اینکه براساس اصول استنباط آماری چنانچه شرط همسانی گروه های مقایسه در پیش آزمون برقرار باشد، می توان با اعتماد قابل قبول تری در مورد تفاوت گروه ها در پس آزمون قضاوت نمود، تفاوت های تایید شده در آزمون فرض ها را پذیرفته و مبنای تبیین نتایج قرار می دهیم.

عوامل زیادی بر بهزیستی روانشناختی موثر هستند،به عقیده کمپل (Campbell,198l) بطور خلاصه بهزیستی وابسته به ارضای سه نوع اصلی از نیازها شامل نیاز به داشتن، نیاز به ارتباط، نیاز به بودن است که الیسون (Ellison, 1983) نیز نیاز به «تعالی» را به آن اضافه کرده است. زنان سرپرست خانواده(به عنوان اعضای گروه نمونه ی این تحقیق) به دلیل وجود مشکل در مرحله ای از زندگی همانند طلاق یا مرگ همسر مجبور به تقبل برخی از وظایف زندگی چون تامین معاش، مراقبت و تربیت فرزندان و... شده بودند، که این مسائل آنان را در برآوردن نیازهایی که منجر به بهزیستی روانشناختی می شوند، دچار مشکل کرده بود. در خصوص برآوردن نیاز به داشتن که به عنوان کسب حوائج و ملزامات مادی تلقی می شود، می توان این مسئله را مطرح کرد که زنان سرپرست خانواده در اولین قدم برای رسیدن به بهزیستی روانشناختی با مشکلات اقتصادی مواجه هستند،حتی برای برآوردن نیازهای اولیه زندگی خود عضو یک سازمان حمایتی (بهزیستی) شده بودندو این در حالی است که برآوردن نیازهای مربوط به بقاء و کسب حوائج از پیش شرط های سطوح

پایین برای بدست آوردن بهزیستی روانشناختی است. واین مسئله خود گویای این مطلب است که تامین نیاز به داشتن در شرایط بسیار سختی برای این گروه محقق می شودکه فشارهای روانی ناشی از آن اجتناب ناپذیر است. در خصوص نیاز به ارتباط که از آن به عنوان نیاز به تجربه ی صمیمیت و برقراری روابط اجتماعی یاد می شود می توان گفت که اعضای گروه نمونه، تحت شرایطی خاص به دلیل مرگ همسر و یا طلاق از تجربه ی صمیمیت در حد اعلای خود محروم شده بودند، که حتی این محرومیت می توانست در حفظ و یا ایجاد روابط صمیمی جدید خلل ایجاد کند. همچنین در خصوص نیاز نوع سوم، یعنی نیاز به بودن یا احساس رضایت شخصی از خود و زندگی می توان بیان کرد که شرایط سخت قبول مسئولیت یک زندگی و عدم برآوردن سایر نیازهای سطح پایین می تواند برآوردن آن را با مشکل مواجه کند. چهارمین نوع نیاز یعنی نیاز به تعالی نیز وابسته به داشتن یک معنای غایی از زندگی است که احساس خوشبختی را به همراه دارد. برآوردن نیاز نوع چهارم و از آن طریق احساس خوشبختی علاوه بر اینکه وابسته به برآوردن سایر نیازهای سطح پایین است، مستلزم وجود یک جهان بینی و دیدگاه جدید نسبت به زندگی و جنبه های غیر مادی آن است.

مدلی که محقق برای برآوردن این نیازها و یا کاهش مشکلات روانشناختی ناشی از عدم برآورن آن پیشنهاد کرده و در معرض آزمایش گذاشت برگرفته از اصول اساسی نظریه واقعیت درمانی مطرح شده توسط گلاسر (Glasser, 1965) است. علت اصلی استفاده از این مدل تناسب آن با برآوردن نیازهای مرتبط با بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانواده بود، که نتایج مؤید این تناسب بودند. در واقع اهداف واقعیت درمانی در رابطه با برآوردن نیازهای مرتبط با سلامت روان، شامل هدایت اعضا به سوی کسب رفتار واقع بینانه و مسئولانه و کسب یک هویت موفق و کمک به اعضای گروه برای داوری ارزشی درباره خود و اتخاذ تصمیم برای طرح‌ریزی و اقدام به تغییر است. همچنین هدف اصلی از درمان مشکلات روانشناختی، علاوه‌بر ارضا کردن نیاز به محبت و تعلق‌پذیری، اینست که به درمانجویان کمک کند راه‌های بهتر ارضا کردن تمام نیازهای خود را یاد بگیرند.

مقایسه یافته های این پژوهش با تحقیقات مشابه در مورد بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده به دلیل فقدان پیشینه پژوهشی در مورد «بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده» و بخصوص تاثیر شیوه‌ی مداخله‌ی این تحقیق یعنی روش «واقعیت درمانی گروهی» به طور مستقیم امکان پذیر نمی باشد، اما به دلیل ضرورت فراهم سازی مقدمات منطقی برای تبیین مستدل یافته ها، ناگزیر به بررسی پژوهش هائی پرداخته خواهد شد که از روش واقعیت درمانی گروهی در حوزه های مشابه و یا در گروههای نمونه‌ی مشابه

گروه نمونه‌ی این تحقیق از لحاظ کیفیت مشکلات مربوط به بهزیستی روانشناختی‌ای که دارند، استفاده کرده اند.

مطالعه شبانی (Shabani, 2004)، بر روی ۶۸ نفر از قربانیان بزه، بررسی تاثیر مشاوره‌ی گروهی با رویکرد واقعیت درمانی شامل۱۲ جلسه ی درمانی با اهداف (یا موضوعاتی بود که نتایج نشان داد، مداخله ی انجام شده در کاهش بحران هویت قربانیان بزه موثر بوده است. تحت عنوان «تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر کاهش بحران هویت قربانیان بزه» در پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، حاکی از آن است که این نوع مشاوره گروهی در کاهش بحران هویت قربانیان بزه مؤثر بوده است. با وجود اینکه پژوهش شعبانی همانند پژوهش حاضر از واقعیت درمانی برای حل مشکلات گروه خاصی از افراد جامعه که دارای مشکلات ویژه ای بودند، استفاده کرده و با درنظر گرفتن این مطلب که هویت به عنوان بخشی از عوامل موثر در بهزیستی روانشناختی محسوب می شود، اما باید در نظر داشت که گروه نمونه ی تحقیق شعبانی با گروه نمونه ی پژوهش حاضر به لحاظ نوع تجارب منجر به مشکلات روانشناختی با یکدیگر تفاوت دارند.

تحلیل زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانواده، به عنوان فرضیه های فرعی نشان می دهد که درتمامی خرده مقیاس شامل «پذیرش خود»،« روابط مثبت با دیگران»، « تسلط محیطی»، «خود مختاری»، «رشد فردی» و «هدفمندی در زندگی» گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش معناداری داشته است.

References

Alizadeh H. (2002). The impact on families with disabled children or disabled. *Journal of Special Education*, 14, 3-7. (In Persian)

Bakhtiari, A., Mohebi, S.F. (2006). Government and female-headed households. *Journal of Women's Cultural and Social Council*, 34, 67-110. (In Persian)

Bayani, A.A., Godarzi, H., Kochaki, M.A. (2008) Relation to psychological well-being and public health in student of Azad university of Azadshahr Branch. *Journal of Research in Psychology*, 35&36, 153-164. (In Persian)

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in American: Recent patterns and trends*. New York: Mc Graw-H.

Cmic, k. Friedrich, w. Greenberg, M. (1983) Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American journal of mental deficiency*, 88, 125-231.

Corey,G. (1990) *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, ca: Brooks.

Ellison, c. w. (1991) Religious and subjective well-being. *Journal of Health and social Behavior*, 32, 80-99.

Frozan, S. (2000) *Indicators of human poverty in female-headed households receiving*

service plans from the State Welfare Organization. Welfare Organization.

Glasser, W. (1965*) Reality therapy :A new approach to psychiatry*. New York: Harper & Row.

Khosravi, Z. (1999) *Problems, emotional, mental, social and women headed households*. Center for Women's Participation presidency. (In Persian)

Khosravi, Z. (2001) Social psychological trauma of female-headed households. *Journal of Human Sciences*, Alzahra University, 39, 71-94. (In Persian)

Kord Samini, B. (2005) *Remarriage of the spouse and children's mental health in Sistan and Baluchestan*. Thesis for master of science. Tehran University.

Mohammadi ,Z. (2007) Female-headed households. *Data center under privileged women Women's Cultural and Social Council*, Tehran.

Ryff,C.D. (1995) Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.

Ryff, CD. & Singer ,B. (1996) Psychological well-being:Meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychotherapy psychosomatics*, 65(1), 14-23.

Ryff, CD. & Singer, BH.(1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.

Ryff,CD. & Singer, BH. (2002) From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. In C.R.Snyder, & S.J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology*. Oxford: university press, pp.541-554.

Ryff, CD.& Singer, BH. Love, G.D. (2004) Positive Health: connecting well-being with biology. *Philosophical transaction of the royal society of London*, 359(1449), 1383-1394.

Saberi M.J. (2010) Take a look at the Government's approach towards female-headed households - are supported by sponsors who need. *Democracy Newspaper*, 2365. (In Persian)

Shabani, A. (2004) *Reality therapy group counseling approach focuses on reducing the impact of crime victims*. Thesis for master of science. Azad University of science and research branch. (In Persian)

Shafiabadi, A. & Gholamhossin Ghashghayi, F. (2011) Effectiveness of Reality Group Counseling Therapy and feminist therapy on the identity of woman households. *Woman in development & Politics Journal*, 9(4), 93-113. (In Persian)

Shekari, O., Dastjerdi, R., Daneshpour, Z., Ghanayi, Z., Zin Abadi, H.R, Garavand, F. (2008) Gender differences in psychological well-being scales in Birjand university students in academic year 2005-2006. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 15(3), 54-61. (In Persian)